

**FORMULAIRE DE COMMUNICATION DE LA  
DIÉTÉTISTE/NUTRITIONNISTE  
AU MÉDECIN TRAITANT OU À L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE  
SPÉCIALISÉE**

Installation :

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No. DOSSIER

NOM À LA NAISSANCE :

PRÉNOM :

SEXE :  F  M

ADRESSE :

CODE POSTAL :

TÉL. :

DATE NAISSANCE :

N.A.M. :

EXP :

**MÉDECIN TRAITANT OU IPS DE L'USAGER**

Nom :

Téléphone :

Télécopieur :

**SECTION NUTRITION**

Motif de la consultation :

Conclusions cliniques :

Prescription :

Suivi prévu :

**COORDONNÉES DE LA DIÉTÉTISTE/NUTRITIONNISTE**

Nom, prénom :

Numéro de permis (OPDQ) :

Adresse :

Numéro de prescripteur RAMQ :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Date :

Heure :